

THÈSE

321

POUR

le Doctorat en Médecine

L'ICTÈRE ÉMOTIF
chez l'enfant

PAR

Eugénie VALLEIX

née à Clermont-Ferrand, le 10 décembre 1875

Président : M. HUTINEL

PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

1912



321

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

THÈSE

POUR

le Doctorat en Médecine

L'ICTÈRE ÉMOTIF chez l'enfant

PAR

Eugénie VALLEIX

née à Clermont-Ferrand, le 10 décembre 1875

Président : M. HUTINEL



PARIS (VI^e)

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 42

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	{	WIDAL
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
Maladies des enfants		LANDOUZY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		HUTINEL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GILBERT BALLEZ
Clinique des maladies du système nerveux		GAUCHER
		RAYMOND
Clinique chirurgicale	{	PIERRE DELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
Clinique d'accouchements	{	BAR
		PINARD
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMEIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER	RENON
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ MARGEL	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A la veille de terminer nos études, nous sommes heureuse d'exprimer à nos Maîtres combien sont grands nos sentiments de reconnaissance envers eux et combien aussi nous apprécions l'excellence de l'enseignement qu'ils nous ont si libéralement donné.

Merci tout d'abord à nos Maîtres de l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, si bienveillants, si dévoués, qui nous ont guidée dans nos premiers pas vers l'Art Médical : professeurs de Clinique chirurgicale, médicale et obstétricale, professeurs d'anatomie, de physiologie, d'embryologie, d'histologie.

Merci encore à nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris dont les services furent si largement ouverts à notre curiosité scientifique et près desquels nous avons recueilli un enseignement qui nous sera d'un puissant avantage au cours de notre carrière médicale.

A M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Nous ne saurions présenter ce travail sans remercier tout spécialement M. le professeur Hutinel de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le prions donc ici d'agréer nos sentiments de respectueuse gratitude, non seulement pour cet honneur dont nous sentons tout le prix, mais encore pour l'enseignement que nous avons reçu de lui. Elève assidue de son service à l'Hôpital des Enfants-Malades, nous avons puisé dans les leçons d'un tel maître des fruits abondants et précieux.

On désigne sous le nom d'ictère un syndrome clinique caractérisé par la coloration jaune plus ou moins accusée de la peau, des conjonctives et des sécrétives, notamment de l'urine, coloration due à l'imprégnation par le pigment biliaire.

L'ictère peut apparaître à tous les âges de la vie; on le rencontre chez l'enfant comme chez l'adulte, chez le nouveau-né comme chez le vieillard. Les caractères cliniques de l'ictère du nouveau-né sont spéciaux, par contre l'ictère infantile offre les plus grandes analogies cliniques avec l'ictère de l'adulte, de sorte que leur étude peut presque être confondue.

On divise les ictères infantiles en groupes nettement séparés. Nous indiquerons la classification de M. le professeur Hutinel et de M. le Dr Merklen (article « Ictère », Hutinel et Merklen *in Traité des Maladies des Enfants*) :

Ictères symptomatiques.

- » dans les congestions glandulaires.
- » au cours des états de stase par cardiopathie.
- » au cours des cirrhoses.
- » congénitaux, hémolytiques ou non.
- » hémolytiques acquis.

Cholémie familiale de Gilbert, Castaigne, Lereboullet.

Ictère émotif.

- » accompagnant les vomissements cycliques.
- » toxi-infectieux, primitif ou secondaire.
- » grave.
- » avec suppuration biliaire.

En consultant la littérature médicale, on constate bientôt qu'un certain nombre de ces ictères ont été rarement observés, notamment l'ictère hémolytique acquis dont M. le D^r Tixier a publié une observation, les ictères graves dont quelques cas furent étudiés par Lang, Frenkel et Weimberg, Auché et Coyne, Ashby, Mlle Nourrit, Grèves, Roché, Donkins, médecin à l'Hôpital des Enfants de Londres. L'ictère accompagnant les vomissements cycliques a, ces dernières années, attiré l'attention, et M. le D^r Richardière a mis en valeur le rôle qu'il faut attribuer à la glande hépatique dans l'apparition du syndrome : vomissements à répétition de l'enfance. MM. Gilbert et Lereboullet avaient déjà noté la coexistence des vomissements cycliques avec le flux bilieux dans la cholémie familiale.

M. le professeur Hutinel et M. Vitry ont cité un cas d'ictère avec suppuration biliaire. Sur l'ictère émotif infantile, les auteurs étant restés muets jusqu'ici, MM. Hutinel et Merklen se demandent : « L'ictère émotif existe-t-il chez l'enfant ? » Il est vrai que M. Variot en rapporte un cas et M. Coulon trois observations rapides.

Dans ce travail, nous nous sommes assigné pour but de rechercher si vraiment l'ictère de cause morale est

aussi rare qu'il le semble chez l'enfant. Si son existence peut être prouvée, nous tâcherons de déterminer la cause de cette rareté du retentissement d'un choc moral sur la glande hépatique de l'enfant, puis nous essayerons de découvrir les raisons de cette localisation viscérale lorsqu'elle nous semblera évidente. Enfin, nous nous appliquerons à reconnaître les particularités cliniques de l'ictère émotif infantile.

Nous avons été guidée dans nos investigations par M. le D^r Nobécourt, agrégé, et par M. le D^r Merklen, nous les prions d'agréer ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

ÉTIOLOGIE DE L'ICTÈRE ÉMOTIF

L'influence des émotions morales violentes, de la peur surtout, notée par Ferrus, sur la production de la jaunisse, est fort anciennement connue, mais la colère, la douleur morale, une forte déception ont été aussi, comme l'indique Portal, la cause d'ictère.

Tous les auteurs n'admettent pas la possibilité d'ictère de cause morale, par exemple Stadelmann : « Je n'ai aucune expérience personnelle en ce qui concerne l'ictère émotif. On prétend qu'il peut apparaître quelques heures et même quelques minutes après l'accident. Quant à moi, je doute que cette forme d'ictère puisse exister et elle ne me paraît pas prouvée. »

Les ictères de cause psychique ont été très contestés. Cependant, il semble étrange d'admettre que tel individu peut réagir contre un choc moral, par une diarrhée, par un vomissement bilieux, la chorée comme cela est connu depuis longtemps et comme l'a observé si fréquemment M. le Dr Oddo à l'Hôpital des Enfants-

Malades de Marseille, une paralysie faciale comme le rapporte le D^r Clennell Fenwick, d'admettre ces réactions, disons-nous, et de contester que tel autre individu pourra réagir contre une cause identique par une réaction hépatique.

M. Rosenbach dit avec raison : « Les observations quotidiennes nous prouvent bien qu'une cause quelconque n'influence pas toujours de la même manière non seulement les différents individus, mais le même à différentes époques. Que l'influence reste la même, nous trouvons dans un cas une forte sécrétion d'acide avec pyrosis, dans un autre cas une notable hyperchlorhydrie avec flatulence ou une richesse anormale en acides gras, tandis que dans un troisième cas ce sera une sécrétion abondante de matières liquides; dans d'autres cas, enfin, la même influence produira une sensation de plénitude à l'épigastre avec anorexie, diarrhée, constipation... »

Il est bien certain qu'avec les progrès de la science, on tend de plus en plus à trouver aux ictères dits émotifs une autre cause que le tourment moral, souvent cette cause est l'infection, mais il est bien certain aussi que, dans nombre de cas, on ne trouve réellement comme explication que la violence du choc moral. C'est là l'ictère émotif vrai dont l'existence est acceptée aujourd'hui par la majorité des auteurs, et qui peut exister avec ou sans état gastrique préalable.

PATHOGÉNIE DE L'ICTÈRE ÉMOTIF

Nous allons donner un résumé bref des diverses théories pathogéniques soutenues pour expliquer l'apparition de l'ictère émotif. Elles sont différentes suivant qu'il s'agit d'ictère émotif immédiat, ou d'ictère émotif retardé; on sait que, dans ce dernier cas, l'ictère est précédé de troubles gastro-intestinaux.

ICTÈRE ÉMOTIF PRIMITIF

Théorie spasmodique.

Pour un très grand nombre d'auteurs l'apparition de l'ictère est provoquée par les contractions spasmodiques des voies biliaires. Contractions qui seraient assez puissantes pour entraver le cours normal de la bile.

La théorie spasmodique s'appuie sur de nombreux faits expérimentaux et sur de multiples recherches histologiques qui ont permis de constater la présence

de fibres musculaires lisses dans les parois des voies d'excrétion biliaire. Elle compte d'illustres partisans : Trousseau, Portal, Bouillaud, Béchard, Haller, Muller, Brucke et encore Grisolle, Sénac, Durand-Fardel, Monneret, Franck, Laborde, Gley, Vignal, MM. les professeurs Gilbert et Thoinot; elle a été soutenue dans de récentes thèses sur l'ictère émotif par Mendiboure, Audigé, Daraignez, Bermann, Guerbé, Fransès.

Les faisceaux musculaires des voies biliaires ont été décrits chez l'homme par Charcot, Pitres, Renaut, Mossé, Grancher (thèse Audigé), tandis que Sappey, Cruveilhier, Muller, Brucke, Lenret, Haller, Colin, les ont étudiés non seulement dans les voies biliaires de l'homme, mais encore dans celles du cheval, du bœuf, de l'oiseau.

Les physiologistes admettent la théorie spasmodique, elle est affirmée par Longet, Béchard, Milne-Edwards, Beaunis, Duval, Viault et Jolyet, Laborde.

Tous ces auteurs ont constaté que, sous l'influence d'excitations diverses : mécaniques, chimiques, physiques (électricité), agents convulsivants, se produisent des mouvements ondulatoires de la vésicule biliaire, sortes de plissements qui s'effectuent dans le sens longitudinal en même temps que se manifeste un amoindrissement du calibre du cholédoque.

Le spasme biliaire par excitation cérébrale directe a même été démontré : la faradisation des circonvolutions qui entourent le sillon crucial augmente notablement la tension de la bile au sein de la vésicule et du cholédoque comme l'ont démontré les expériences

de Daraignez qui furent effectuées sur des chiens curarisés. Le spasme du cholédoque est instantané et il est assez prononcé pour que l'écoulement de la bile dans l'intestin se trouve diminué de beaucoup ainsi que l'avait déjà constaté Bochefontaine, au cours de ses recherches sur le même sujet, recherches interprétées par Fr. Franck ultérieurement. Franck conclut que l'ictère émotif reconnaît certainement pour cause la résorption des pigments de la bile accumulée sous pression dans les canaux hépatiques, faute d'un écoulement suffisant par les voies naturelles. « De même, la provocation des coliques hépatiques par les accès de colère vient nous démontrer, dit Franck, que, sous l'influence cérébrale, l'appareil excréteur de la bile se contracte énergiquement et produit l'engagement de calculs vésiculaires dans des canaux trop étroits pour leur donner passage. » (Cité par Laffite.)

Saunders, dès 1795, avait démontré que l'augmentation de pression dans les voies biliaires, augmentation de pression qu'il réalisait par la ligature du cholédoque, aboutissait au passage de la bile dans les canaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques. Les expériences de Frerichs, Legg, Heindenheim, Gmelin, Brodie, Blondlot, Fauconneau-Dufresne, Tiedemann, Ludwig, Lépine (thèse Douillet), Grancher (thèse Audigé), aboutissent aux mêmes conclusions. Pour les uns, Ludwig, Fauconneau-Dufresne, la résorption se fait surtout par les lymphatiques; pour les autres, Lépine en particulier, par la voie sanguine d'abord, puis par la voie lymphatique.

Théorie de l'hypercholie.

Elle était déjà soutenue par Hippocrate : « La bile sécrétée en trop grande quantité devient une source féconde de maladies ». Elle est admise par de nombreux auteurs modernes. Pour Grisolles « les secousses morales provoquent la polycholie, comme elles exagèrent un grand nombre d'autres sécrétions : larmes, salive, sueur, urine ». (Cité par Laffite.) Elle est admise par Mendiboure, Guerbé, Bermann, Laffite, dans leur thèse. MM. Chauffard, Gilbert et Thoinot admettent également la théorie de l'hypercholie.

Théorie de la paralysie des voies biliaires par action réflexe.

Le système nerveux règle le mécanisme de toutes les sécrétions. Pour Germain Sée, le pneumogastrique agit sur la sécrétion biliaire; s'il est paralysé, la respiration se ralentit et le cœur s'accélère, alors apparaît une congestion passive du foie; d'où modification dans sa sécrétion et ictère consécutif. (Cité par Laffite.)

Cette théorie fut celle de Galien, Darwin, Henle, Harley, Frey, Laborde, mais ce dernier l'abandonna plus tard pour se rallier à celle du spasme. Elle semble peu admissible : outre que la congestion du foie, sous l'influence d'une émotion n'est rien moins que prouvée, il resterait encore à expliquer comment l'ictère pourrait se produire dans ces conditions. Il

semble que l'augmentation de la tension sanguine dans la glande hépatique, loin de favoriser le passage de la bile dans le sang, est bien plus propre à l'entraver.

Bence Jones pense que l'irritation du pneumogastrique ou la paralysie du sympathique peuvent expliquer l'apparition du syndrome ictère. A la suite de l'un de ces mécanismes se produirait une vaso-dilatation intense dans le domaine de la circulation abdominale, d'où augmentation de volume du foie, diminution de la pression sanguine dans l'organe et passage consécutif de la bile dans le sang. (Cité par Laffite.)

La théorie de Bence Jones fut reprise par Potain; pour ce dernier, la dilatation paralytique des vaisseaux sanguins hépatiques explique clairement l'apparition de l'ictère émotif : « En agissant sur les plexus abdominaux, une impression morale peut produire une dilatation paralytique des vaisseaux du foie; sous l'influence de cette dilatation, la pression baisse brusquement dans le système sanguin; si elle reste identique dans les canaux biliaires juxtaposés, il pourra s'établir un courant d'exosmose de ceux-ci vers ceux-là et la bile passer ainsi dans le courant circulatoire. » (Cité par Daraignez.)

Théorie acatlectique.

Pour le physiologiste Grutzner et pour Lubermeister qui reprit après lui sa théorie, la cellule hépatique normale possède le pouvoir de retenir en partie les

éléments de la bile qu'a élaboré son protoplasma, mais sous l'influence du choc émotif elle perd cette propriété et laisse diffuser hors d'elle dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques la bile qu'elle est devenue impuissante à retenir.

Théorie de l'ictère par lésions catarrhales gastro-duodéno-hépatiques.

Un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels M. Variot, rejettent la possibilité de spasmes dans les voies biliaires. Pour eux, les parois des canaux hépatiques et de la vésicule présentent bien quelques fibres musculaires lisses mais en petit nombre et du reste disposées en sens longitudinal, donc peu propres à déterminer un spasme par leur excitation.

Selon ces auteurs, les désordres psychiques retentissent sur le tube gastro-intestinal et la glande hépatique directement, comme dit M. Variot « par l'intermédiaire du système nerveux périphérique et probablement des vaso-moteurs », en provoquant des troubles de la nutrition des muqueuses gastrique, intestinale et hépatique.

On aurait un catarrhe gastro-duodéno-hépatique, obstruction consécutive des voies biliaires d'où passage de la bile dans le sang et apparition de l'ictère.

ICTÈRE ÉMOTIF RETARDÉ

Si des troubles gastro-intestinaux ont précédé l'ap-

parition de l'ictère, celui-ci présente les allures d'une maladie infectieuse.

Les auteurs expliquent diversement le mécanisme par lequel est apparue l'infection.

Pour Potain, le choc moral a retenti sur l'intestin par l'intermédiaire du système nerveux qui tient sous sa dépendance la circulation, la motricité et la sécrétion de cet organe. Or le tube gastro-intestinal sain donne asile à d'innombrables microbes, inoffensifs tant que son épithélium reste inaltéré et que la bile s'écoule en quantité suffisante. A la suite de l'émotion, le système nerveux ralentit en même temps les sécrétions hépatiques et intestinales; dès lors, l'infection devient possible et l'embarras gastrique se constitue. Un peu plus tard, l'infection fait un pas de plus, elle se propage de l'intestin aux voies biliaires, l'ictère survient consécutif à l'infection gastro-intestinale. (Cité par Laffite.)

D'autres auteurs pensent, avec M. Debove, qu'il existe simultanément un embarras gastrique et un catarrhe des voies biliaires qui favorise l'ascension microbienne, c'est-à-dire l'infection.

Enfin, certains auteurs, parmi lesquels MM. Gilbert et Thoinot, considèrent l'ictère émotif secondaire comme un simple ictère catarrhal et ne le relie pas à la présence du choc moral, mais seulement aux troubles digestifs qui l'ont précédé.

Nombre d'auteurs pensent qu'une seule de ces théories est insuffisante pour expliquer la pathogénie de l'ictère émotif, surtout de celui qui apparaît primitivement, sans avoir été précédé de troubles digestifs.

Pour Talamon, le choc moral provoque à la fois la polycholie et un certain trouble de la cellule hépatique à la faveur duquel celle-ci devient incapable de retenir la bile qu'elle a sécrétée, il admet encore le spasme et la théorie de Potain.

Laffite admet, à la fois, les théories spasmodique, acatlectique, par polycholie, et de paralysie par action réflexe, de Bence Jones et de Potain.

Daraignez admet la théorie spasmodique, mais pense que la dilatation du réseau veineux abdominal joue un rôle non moins important.

Bermann partage cette opinion, mais admet de plus la polycholie.

Guerbé pense que le spasme n'est pas absolument indispensable pour produire l'ictère émotif; s'il existe dans la majorité des cas, l'ictère de cause morale peut cependant apparaître suivant lui, grâce à l'hypercholie combinée à l'abaissement de la pression dans les vaisseaux sanguins intra-hépatiques.

Fransès pense qu'il se produit simultanément une augmentation de pression dans les canaux biliaires et une diminution de pression dans les vaisseaux sanguins.

Mendiboure, MM. Gilbert et Thoinot admettent l'action du spasme combiné à l'hypercholie.

DE L'ÉMOTION

L'émotion est un phénomène double, intellectuel et physique. Les uns accordent un rôle prépondérant au phénomène intellectuel, Schüle, par exemple, qui admet que le phénomène physique est, dans l'émotion, l'écho du phénomène psychique. Pour d'autres, au contraire, le phénomène physique est le substratum de l'émotion ; pour Descartes, par exemple, l'émotion est le résultat d'un changement physique ; pour James, l'émotion est constituée par « les changements corporels qui suivent immédiatement une perception et notre conscience de ces changements en tant qu'ils se produisent ». Lange, qui partage cette opinion, soutient que, si dans l'émotion, on supprime les phénomènes physiques, celle-ci disparaît : « Supprimez dans la peur, dit-il, les phénomènes physiques, rendez le calme au pouls agité, au regard sa fermeté, au teint sa couleur normale, aux mouvements leur rapidité et leur sûreté, à la langue son activité, à la pensée sa clarté, que restera-t-il de la peur ? » De même, pour

le physiologiste Maudsley, la passion que l'on ressent est le côté subjectif de la commotion cérébrale, c'est son passage d'une base physique à la conscience.

Pour d'autres auteurs, il ne faut point séparer le phénomène intellectuel du phénomène physique, ainsi pour M. Ribot : « Aucun état de conscience ne doit être dissocié de ses conditions physiques; ils composent un tout naturel qu'il faut étudier comme tel. L'émotion est un seul et même événement traduit en deux langues ». De même pour Bain, les changements physiques et les modifications psychiques sont les deux côtés « d'une unité à deux faces ».

Ces derniers auteurs ont éliminé toute notion de cause et d'effet à laquelle s'attachent les précédents, et ils ont substitué, comme l'exprime M. Ribot, une conception unitaire à la conception dualiste des premiers.

La vérité nous semble être chez eux. L'émotion même dans ses formes inférieures, comporte toujours un phénomène psychique; dans ses formes les plus élevées, elle comporte encore un phénomène physique, toujours évident : Malebranche lisant Descartes souffre de palpitations si violentes qu'il pense en mourir. Pascal est tourmenté d'incessantes douleurs physiques. Hamilton, découvrant la méthode des quaternions sent brusquement « comme la fermeture d'un courant galvanique ». Grétry note que son pouls est sensible à la mesure et que ses pulsations varient suivant les mouvements d'un chant intérieur. (Cité par Ribot.)

Quoi qu'il en soit, et que les auteurs accordent une importance plus grande à l'un des événements psychique ou physiologique qui constituent l'émotion ou qu'ils les considèrent comme équivalents, tous admettent dans l'émotion la présence des deux phénomènes : intellectuel et physique.

CENTRE DE L'ÉMOTION

Alcméon, médecin de Crotone et contemporain de Pythagore, fut, sans doute, l'un des premiers qui, chez les Grecs, localisa dans le cerveau les sensations et la pensée. Pour lui, le cerveau est le principe du sentiment et du mouvement, le siège de l'âme auquel arrivent toutes les sensations. Il eut pour disciples Pythagore, Démocrite, Platon, Straton, Hérophile, Eristrate, Galien qui s'éleva, plus tard, contre la théorie hippocratique laquelle localisait le centre de l'intelligence dans le ventricule gauche du cœur..

Du III^e au XIV^e siècle, on admit, en général, la doctrine de Galien.

Descartes, dans l'étude des sensations et de l'intelligence suit Galien, les grands anatomistes de l'école d'Alexandrie et les physiologistes grecs, mais pour lui : « l'âme est le principe supérieur qui se révèle par la pensée; elle n'a rien à voir dans le fonctionnement de la vie; la vie n'est qu'un effet supérieur des lois de la mécanique ».

Leibnitz suit Descartes.

Prochaska partage leurs idées.

Pour Bichat, Pinel, Fodéré, le cerveau est l'organe de la vie animale, il est le centre de tout ce qui a trait à l'intelligence : mémoire, perception, imagination, fondement des opérations de l'entendement reposant elles-mêmes sur « l'action des sens ». Mais, pour eux, si « toute espèce de sensation a son centre dans le cerveau » et si les sensations sont l'occasion des passions, celles-ci n'affectent jamais directement le cerveau, elles ont pour siège unique les organes de la vie interne : foie, estomac, cœur, intestin.

Gall et Spurzheim localisent l'intelligence dans le cerveau qui, pour eux, est aussi le centre des sensations.

L'école de la Salpêtrière, de 1820 à 1833, élabore la doctrine de Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp et elle trouve son fondement dans la clinique, l'anatomie pathologique et la physiologie expérimentale. Pour elle, la substance corticale du cerveau est affectée à l'exercice des opérations intellectuelles, c'est-à-dire, elle est le siège de l'intelligence, tandis que dans la substance fibreuse est localisée la locomotion. Elle considère le cervelet comme le siège de la sensibilité et cela pour des raisons anatomiques : connexion avec les faisceaux postérieurs de la moelle épinière et aussi parce que cela lui semble prouvé par des recherches expérimentales et la comparaison des altérations pathologiques de cet organe avec les symptômes observés.

Legallois (1774-1814) pense que du cerveau émanent les déterminations de la plupart des actes, mais que la moelle épinière est la source du sentiment.

Pour Lallemand (1790-1854), les sensations sont perçues par les mêmes portions du cerveau qui provoquent les contractions musculaires, ce qui le prouve c'est que, dans toutes les affections cérébrales, ce sont les mêmes parties qui sont privées de mouvement et de sentiment.

Desmoulins (1796-1854) subit, comme Lallemand, l'influence de Gall et reconnaît qu'entre une faculté et un développement plus ou moins considérable des replis cérébraux un rapport direct doit exister.

Pour Magendie (1783-1855), les fonctions de l'intelligence peuvent varier avec la masse, le volume et le mode de structure des circonvolutions cérébrales. La disposition anatomique indique que le sentiment doit se diriger plus particulièrement vers le cervelet, le mouvement vers le cerveau. Il combat les idées de Bichat au sujet des passions, ce sont, pour lui, des sensations internes, elles ne peuvent avoir de siège.

Gall, Delaye, Foville, Pinel-Grandchamp, Lallemand avaient bien localisé dans la substance grise corticale des hémisphères le siège de l'intelligence, mais ils n'avaient situé le siège ni de la volonté, ni de la sensibilité dans le substratum organique des fonctions intellectuelles.

Parchappe a fait de l'écorce grise du cerveau le siège commun et exclusif de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité. Cette doctrine phy-

siologique est fondée sur la démonstration faite par Parchappe lui-même, en 1838, que la paralysie générale des aliénés résulte d'une altération destructive de la couche corticale. De plus, Parchappe considère la couche corticale du cerveau « comme l'aboutissant des impressions sensibles ». L'observation clinique lui avait montré que la perception des impressions sensibles diminue dans la même mesure que la force des mouvements volontaires « en raison de l'étendue et de la profondeur des altérations organiques de l'écorce grise. »

Le plus grand nombre des physiologistes pense que l'écorce cérébrale joue un grand rôle dans la genèse des émotions, surtout de celles dites exaltatives.

Meynert, Emminghaus, Kraft-Ebing inclinent à admettre que la couche corticale est surtout liée au développement de la pensée et des sentiments. Kraft-Ebing va même jusqu'à dire que « les sentiments et la pensée sont une fonction spécifique de la couche corticale ».

Mais on admet encore l'existence d'un centre émotif commun que la plupart localisent dans la moelle allongée : « Centre de douleur et de plaisir, dit Sergi, provoqués par tout stimulus organique, physique, sensitif, en quelque point du corps que ce soit, externe ou interne, ou bien provoqués par des perceptions, des idées, des pensées.... Tout sentiment, en quelque lieu qu'il soit provoqué, continue Sergi, de quelque caractère qu'il soit, se rapporte directement à un centre émotif commun dans la moelle allongée, de là, partent les

excitations qui modifient, troublent, révolutionnent la vie organique en commençant par le cœur et la respiration ».

Le médecin Hacke-Tuke indique, en 1872, que le plus grand nombre des physiologistes localise le centre émotif commun dans la moelle allongée. Cependant Willis et Todd pensent qu'il siège dans la protubérance. Brown-Sequard partage leur avis, mais, son opinion est que probablement la moelle allongée participe à la constitution de ce siège. Pour Spencer, « ce n'est pas par elle-même que la moelle allongée peut générer l'émotion, mais par elle l'émotion se développe sous l'influence coordonnée des grands centres qui la dominent ». Marshall-Hall pense que « l'émotion, les passions et le sens de la douleur ont leur siège dans la moelle allongée ».

Pour Lange, les émotions dépendent du centre vaso-moteur qui réside dans la moelle allongée; « quelles que soient les causes qui provoquent les émotions, leur action revient tout entière sur le système nerveux, en un seul point, dans le centre vaso-moteur, dans le groupe des cellules nerveuses qui règlent l'innervation des vaisseaux. Par l'excitation de ces cellules qui se trouvent principalement au passage entre le cerveau et la moelle allongée, les causes des émotions produisent les phénomènes physiologiques dans lesquels elles consistent essentiellement ».

Pour Sergi, le centre vaso-moteur est trop étroit pour expliquer tous les phénomènes émotifs.

Pour le professeur Raymond, le choc émotif atteint en première ligne l'encéphale et il met plus particulièrement en branle les divers centres : psychique, moteur, sensitif, vaso-moteur, thermique.

La théorie vaso-motrice a été édifiée par Malebranche dans son célèbre ouvrage : *De la recherche de la Vérité*.

L'ENFANT EST-IL CAPABLE DE RÉACTIONS PSYCHIQUES ET PHYSIOLOGIQUES SUFFISANTES POUR RÉALISER L'ÉMOTION ?

Pour réaliser l'émotion, nous avons appris qu'il faut le concours de deux éléments : psychique et physiologique. Événement psychique : le sujet qui ressent l'émotion est doué d'une certaine activité cérébrale : pensée, raisonnement, jugement..., activité conditionnée par un développement suffisant de la couche corticale, par l'intégrité de cette région aussi, une lésion ou même un trouble de nutrition de l'écorce provoquant des désordres psychiques. Événement physiologique sans lequel l'émotion ne saurait être réellement, et qui ne peut se réaliser sans le développement et le fonctionnement normal de la couche corticale et de la moelle allongée.

Nous allons rechercher si l'organisation de l'enfant et si son observation attentive nous permettent de penser qu'il est capable de fournir l'événement psy-

chique et l'événement physiologique dont est constituée l'émotion.

Tandis que la substance grise de la moelle apparaît vers le second mois de la vie intra-utérine, la substance blanche ne se montre pas avant le quatrième mois. La myélinisation des faisceaux commence au cinquième mois par le faisceau de Burdach, aux sixième et septième mois elle envahit le faisceau de Goll et le faisceau cérébelleux direct, au cours du huitième mois le faisceau de Gowers s'entoure de sa gaine blanche; quant au faisceau pyramidal, il n'est pas encore myélinisé à la naissance et Bechterew pense qu'il ne peut fonctionner tant qu'il n'a pas acquis sa gaine de myéline : « L'influx nerveux, dit-il, doit probablement se diffuser comme un courant électrique passant dans un conducteur non couvert de gutta-percha ». Le faisceau pyramidal est le faisceau de perfectionnement qui servira, grâce à ses connexions anatomiques à la production des mouvements volontaires, aussi son développement est-il étroitement lié à celui du cerveau. C'est ainsi que Mme Gretchnichnikoff, étudiant le cerveau de deux microcéphales, a trouvé une micromyélie généralisée, mais accentuée surtout au niveau des faisceaux pyramidaux. (Cité par Mlle Zaimowsky.)

Si maintenant nous étudions avec Makhakoff le développement de l'écorce cérébrale, nous voyons que les cellules pyramidales apparaissent seulement vers le milieu de la vie intra-utérine et qu'à la naissance elles n'ont pas encore acquis de forme. (Cité par Mlle Zaimowsky.)

Le centre vaso-moteur qui réside dans la moelle allongée est constitué et fonctionne dès avant la naissance.

De l'étude précédente nous devons donc conclure que le nouveau-né est un être dont le système nerveux central est incomplet. La moelle semble chez lui le seul centre excito-moteur, le cerveau paraît incapable de pensée par suite du développement insuffisant de l'écorce, il est donc inapte à commander les mouvements, et, du reste, les faisceaux pyramidaux ne fonctionnant pas encore, ne sauraient eux-mêmes transmettre les ordres venus du cerveau si celui-ci était capable d'en formuler.

Ce n'est qu'après le sixième mois que le cerveau pourra être considéré comme définitivement constitué et à ce moment aussi la myélinisation du faisceau pyramidal sera effectuée.

Ainsi dans les six premiers mois qui suivent la naissance, le jeune enfant, par suite de l'insuffisance de son système nerveux central, semble incapable d'émotion.

De ce que la couche corticale est incomplètement développée avant le sixième mois et de ce que le faisceau pyramidal n'est pas encore pourvu de sa gaine de myéline avant cette époque, résulte-t-il vraiment qu'au début de sa vie l'enfant est incapable de pensée, de mouvement volontaire, d'émotion? L'observation nous apprend, au contraire, qu'il est facile de susciter de bonne heure, chez le nouveau-né, des sentiments de crainte, surtout à l'aide d'impressions audi-

tives. Darwin, Perez ont noté des signes évidents de frayeur chez l'enfant de quelques semaines. Ne le voyons-nous pas, bien avant l'âge de six mois, sous l'influence de la peur sursauter brusquement, ouvrir de grands yeux effarés, esquisser des mouvements de recul ou de fuite, se blottir craintivement dans le sein de sa mère? « A trois mois, et même auparavant, nous dit Perez, la simple vue de visages étrangers le fait quelquefois s'agiter et respirer au point de sembler anhélant ». Il est même évident, à un examen quelque peu attentif, que le jeune enfant a l'intuition vague des dangers qui l'environnent.

Bien que l'écorce cérébrale soit, au début de la vie, non développée complètement, bien qu'à cette époque le faisceau pyramidal ne soit pas totalement myélinisé, ils semblent donc permettre une pensée, un jugement, obscurs encore, des mouvements volontaires comme cela nous est démontré par les réactions émotives que manifeste le tout jeune enfant.

Perez pense avec Laromiguière, que l'enfant est capable de raisonnement « dès le berceau », sans cela, remarque ce dernier, il n'acquerrait jamais cette faculté : « Son âme, réduite à de pures sensations qu'elle ne pourrait ni démêler, ni comparer, ni réunir, ni diviser, serait privée de toute idée et ne prendrait jamais rang parmi les intelligences ». Bell donne l'exemple d'un jeune enfant de six à sept mois : « Si nous le faisons sauter dans nos bras, dit Bell, il reste immobile tant que nous l'élevons, mais à la descente il se débat et fait des efforts ». Il existe donc en lui une

connaissance qui ne peut tirer son origine de l'expérience qu'il ne possède pas encore, mais plutôt de ce que W. Hamilton nomme « mental latency ». Il semble bien qu'une foule de dispositions observées chez l'enfant sont héréditaires, ainsi que le pensent Binet, Preyer, Perez et bon nombre d'auteurs.

Agé de quelques semaines seulement, l'enfant est capable déjà de ressentir et d'exprimer de la colère par ses larmes, son attitude, ses cris. Plus tard, les scènes deviennent tragiques : Perez dépeint l'accès de violente fureur d'une enfant de trois ans apercevant une fillette qui possédait une poupée semblable à la sienne, « sa rage fut si forte, dit-il, qu'elle en fut malade trois jours ».

L'étude attentive de l'enfant démontre même qu'il est susceptible d'observation morale fine et délicate, qui n'est certainement pas sans lui donner des émotions d'ordre élevé. L'observation de la jeune enfant de L. Ferri est des plus suggestives à cet égard : sa mère, au cours d'une conversation, la pria un jour d'être bonne; après quelques instants de réflexion, la fillette lui fit cette réponse, preuve d'un examen bien subtil pour une jeune conscience : « Ma mère, je sens que je ne puis être bonne ». Plus tard, âgée de cinq ans, elle fut un jour félicitée au sujet de sa conduite, elle répondit alors : « Demain, je voudrais te satisfaire mieux encore. Je voudrais toujours être bonne. Mais, dis-moi, pourquoi ne puis-je toujours être bonne? »

CAUSES DE LA RARETÉ DES TROUBLES SOMATIQUES D'ORIGINE ÉMOTIVE CHEZ L'ENFANT

Nous savons désormais que l'enfant, même dès les premiers temps de la vie, est capable de pensée, de raisonnement, de jugement, d'émotions variées et fortes, voire encore d'observation morale. Quelles causes pourront expliquer la rareté des troubles somatiques d'origine émotive chez lui? Deux, à notre avis : l'intégrité relative de son organisme, mais encore et surtout l'inconsistance des réactions nerveuses de l'enfant, leur mobilité.

L'enfance est la période de la vie pendant laquelle les émotions se pressent, rapides. Tout est émotion chez l'enfant : un plaisir léger lui arrache des cris, un regard sévère provoque ses larmes et, l'instant d'après, la vue d'une fleur ou d'un oiseau le ravit de plaisir. Ainsi que le dit Perez, « dans l'enfant, l'inertie psychique relative explique la vivacité des impressions », les pensées graves et les émotions pénibles

peuvent apparaître chez lui, mais elles s'évanouissent rapidement, car, s'il peut porter un jugement simple, il est incapable encore d'une critique suffisante et d'un examen, quelque peu compliqué soit-il; d'ailleurs, il manque d'expérience pratique et ne peut, comme l'adulte, prévoir la portée des événements, causes de ses émotions, pour toutes ces raisons celles-ci ne se fixent pas.

Cette instabilité permanente des réactions psychiques de l'enfant, la « fugacité » de ses émotions, comme l'exprime M. Merklen, est sans aucun doute la cause principale de la rareté des troubles organiques d'origine émotive chez lui.

OBSERVATIONS

D'ICTÈRE ÉMOTIF INFANTILE

Nous savons désormais que l'émotion est possible, même de bonne heure, chez l'enfant, mais que par suite de sa fugacité elle retentit rarement de façon pathologique sur son jeune organisme. Jusqu'à l'année 1911, nous avons en effet rencontré seulement six observations d'ictère émotif infantile dans la littérature médicale, toutes d'auteurs français.

En février dernier, M. le D^r Merklen relatait un cas d'ictère de cause morale chez l'enfant, à la Société de Pédiatrie; le même jour, M. le D^r Voisin donnait également l'observation d'un ictère de même cause. Peu de temps après, M. le D^r Nobécourt avait lui-même l'occasion d'en étudier un cas particulièrement intéressant en raison des antécédents de son jeune malade. Enfin, M. le D^r Mouriquand apportait bientôt une quatrième observation, non moins intéressante et instructive que les trois autres. Nous avons eu nous-

même, en avril dernier, la bonne fortune d'observer un jeune ictérique dans le service de M. le Dr Richardièrre, suppléé à cette époque par M. Nobécourt. Cet enfant avait été frappé d'ictère dans des circonstances telles qu'il ne pouvait subsister un doute dans l'esprit, l'origine du syndrome ictère, là encore, était l'émotion.

Nous reproduisons ces observations ici; dans toutes, le choc moral est bien la cause évidente.

OBSERVATION I (M. COULON)

Louise G..., 9 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Le 17 mai 1888, l'enfant se trouvant le soir dans l'obscurité fut effrayée par un jeune apprenti de son père, lequel surgit tout à coup près d'elle en criant. Conséquence : crise nerveuse légère.

Le lendemain matin, l'enfant présentait un ictère accompagné de céphalalgie, de malaise, d'un peu de prurit. Les jours suivants, les urines prirent une teinte brune et les selles se décolorent. Il fut administré, le 24, 0 gr. 60 de calomel. D'autre part, l'enfant fut soumise au régime lacté coupé d'eau de Vichy. Les selles se recolorèrent graduellement et toute trace d'ictère avait disparu dès les premiers jours de juin.

OBSERVATION II (M. COULON)

Marguerite V..., 10 ans et demi. Le père est obèse, la mère nerveuse, les grands-parents maternels ont souffert tous deux de coliques hépatiques. L'enfant vers l'âge de 4 ou 5 mois a présenté elle-même un ictère léger survenu sans cause appréciable. Elle est douée d'une grande susceptibilité. Le 9 décembre 1892, elle eut un accès de violente colère. Dès le lendemain, elle présentait un ictère généralisé qui s'accrut les jours suivants. En même temps, on constatait de l'anorexie et un prurit léger. Bientôt, les urines se foncè-

rent et des matières fécales furent décolorées. Quelques stries sanguines apparurent quand l'enfant se mouchait.

Dès le deuxième jour, il fut prescrit 0 gr. 50 de calomel. Le troisième jour, l'appétit avait reparu. Le 19 décembre, plus trace d'ictère.

OBSERVATION III (M. COULON)

Marthe C..., 13 ans et demi. Pas d'antécédents pathologiques héréditaires ni personnels. Caractère violent, susceptibilité marquée.

Grondée le 19 novembre 1892, elle entre dans une violente colère et se couche sans vouloir manger. Le lendemain, au réveil, l'enfant présente de l'ictère sans le moindre trouble digestif. Le médecin prescrit du calomel et n'est plus rappelé.

OBSERVATION IV (M. DARAINÉZ)

Une jeune fille de 15 ans, douée d'un caractère très irritable eut un accès de colère après avoir été grondée par sa famille. Le soir, elle éprouva du malaise. Le lendemain matin, elle présentait un ictère généralisé dont toute trace disparut en six jours.

OBSERVATION V (M. VARIOT)

Eugène L..., 4 ans et demi. Excellente santé. Sa mère a souffert de coliques hépatiques dont la première est survenue à l'âge de 10 ans à la suite d'une émotion.

L'enfant jouait un jour au cheval avec de petits camarades qui lui avaient passé pour cela une ficelle autour du cou. Le groupe d'amis tirant un peu trop fort sur la corde, Eugène L... tomba et perdit connaissance. Ramené chez lui, il fut entouré de soins. Dès le lendemain matin, il était jaune, ses urines étaient foncées et ses matières décolorées. En même temps, on constatait de l'anorexie, un état saburral de la langue, de l'asthénie.

On administra à l'enfant du sulfate de soude et du bicar-

bonate de soude, il fut soumis à une alimentation légère et au régime lacté. Après trois semaines, plus de trace d'ictère.

OBSERVATION VI (AUTEUR INCONNU)

Un médecin, auditeur habituel des Cliniques de l'hôpital Beaujon rapporte un jour à M. le professeur Debove l'observation suivante : Un garçonnet de 12 ans, son fils, éprouva une déception des plus vives au Collège pour n'avoir pas obtenu la place de premier qu'il méritait à son avis.

Quelques jours plus tard, il présentait un ictère évident; d'abord localisée aux yeux, la coloration se généralisa rapidement.

Elle se prolongea 15 jours.

OBSERVATION VII (M. MERKLEN)

Petite fille de onze ans, sans antécédents pathologiques. Elle faillit être prise entre un tramway et une voiture le 3 décembre 1910, d'où vive émotion.

Deux jours plus tard, céphalée, nausées, asthénie; la température atteignit 38°4. Le 6, ictère généralisé, pigments biliaires dans les urines, selles décolorées, céphalée persistante, nausées, malaise. Le 7, chute partielle de la température, atténuation des phénomènes gastriques. L'ictère dura 8 jours, puis l'enfant revint à la santé.

OBSERVATION VIII (M. VOISIN)

Un jeune garçon de 10 ans allait à bicyclette lorsqu'il fut accroché par une automobile et fit une chute. La machine fut brisée, lui-même n'eut aucun mal; néanmoins, sa frayeur avait été vive. De bonne heure, dans la soirée, il était jaune, l'ictère s'accrut les jours suivants, mais il n'y eut aucun phénomène gastrique; la langue ne fut même pas saburrale.

En 10 jours, l'ictère disparut.

OBSERVATION IX (M. NOBÉCOURT)

Garçon de 11 ans et demi. Elevé au sein par sa mère, il souffrit à l'époque du sevrage de troubles gastro-intestinaux graves; plus tard, il présenta de l'entéro-colite, il est habituellement constipé.

L'enfant faillit un jour être tamponné par un tramway, d'où émotion vive; le troisième jour, il présenta de l'asthénie, du malaise; puis survinrent des vomissements, des coliques, de la diarrhée. Les urines se foncèrent ensuite, la fièvre apparut. Le 4^e jour, survint un ictère qui s'accrut et se généralisa rapidement.

Au 4^e jour, le médecin constata la présence d'une température de 38°2; les urines renfermaient des pigments biliaires, les selles étaient décolorées.

Dans la suite, l'enfant maigrit un peu, l'ictère persista, les selles restèrent blanches et les urines foncées. Pas d'hémorragies, mais quelques stries sanguines quand l'enfant se mouchoirait. L'appétit était normal. La fièvre persista à 38°.

Un peu plus tard encore, il fut constaté une hypertrophie légère du foie et de la rate. A cette époque, petites hémorragies gingivales.

Peu à peu, les phénomènes morbides s'atténuèrent, puis disparurent. L'ictère avait duré 65 jours, mais l'enfant revint à sa santé habituelle.

OBSERVATION X (M. MOURIQUAND)

L'auteur voit, le 24 février 1911, une jeune fille de 18 ans qui souffre de troubles digestifs depuis un certain temps déjà.

Comme la jeune fille sort de la consultation, elle est terrifiée par un spectacle affreux : une femme vient d'être écrasée par un tramway. Cependant son émotion se calme. Le jour suivant, elle constate que ses urines sont brunes et ses selles demi-décolorées. Bientôt, survient un ictère qui se généralise rapidement, la langue est saburrale, le foie légèrement volumineux, les selles complètement blanches.

Le médecin prescrit le repos, le régime lacté, des lave-

ments froids au benzoate de soude. Après 12 jours, l'ictère a disparu.

OBSERVATION XI (PERSONNELLE)

Marcel W..., 10 ans. Bonne santé habituelle. Rougeole et varicelle dans la première enfance. Aucun antécédent familial hépatique.

Le 7 avril 1911, l'enfant faillit être renversé par une bicyclette, il eut une peur vive. Le 8 et le 9, apparurent quelques vomissements et du prurit léger. Le 10, l'ictère débuta, peu marqué; en même temps, les urines se foncèrent et les selles se décolorèrent à demi.

A son entrée à l'hôpital, le 12, l'enfant présentait un ictère généralisé; ses urines, foncées, renfermaient des pigments biliaires, ses matières fécales n'étaient pas absolument décolorées. Nous constatons une hypertrophie légère hépatique et splénique. La température monta à 38°, mais tomba, en quelques heures. Le pouls resta normal.

L'enfant fut soumis au régime lacté; on lui administra des lavements froids, et, le 18 avril, il était complètement rétabli.

ESSAI DE PATHOGÉNIE DE L'ICTÈRE ÉMOTIF INFANTILE

A l'étude des observations qui précèdent, nous avons été frappée de la présence fréquente, chez un certain nombre de petits malades observés, d'antécédents hépatiques ou gastro-intestinaux. Cette remarque va nous aider à édifier un essai de pathogénie rationnelle de l'ictère émotif infantile.

Nous pensons, en effet, que les théories pathogéniques émises jusqu'ici au sujet de l'ictère émotif ne sauraient suffire à expliquer l'apparition de la jaunisse à la suite d'un choc moral, surtout chez l'enfant.

Certes, nous croyons qu'il faut attribuer une large part au spasme dans l'apparition de l'ictère émotif. Les arguments ne manquent pas pour soutenir cette opinion. Les spasmes réflexes, comme le remarque Axenfeld, sont phénomènes connus dans le domaine du grand sympathique, il semble même *a priori* qu'il existe une véritable relation entre la susceptibilité de la cellule

hépatique et l'irritabilité nerveuse. En effet, les troubles du foie sont extrêmement fréquents chez les nerveux. M. Sollier nous apprend qu'ils revêtent l'aspect de vomissements bilieux ou de coliques hépatiques (cité par Guerbé), lesquels peuvent se compliquer d'ictère. Les spasmes d'origine nerveuse ont été observés par les maîtres les plus compétents : spasmes de la glotte, de l'œsophage, de l'estomac..... Ces divers spasmes sont accompagnés de suffocation, de pâleur, d'un certain état anxieux du sujet, de tremblement général, tous phénomènes qu'on observe aussi au début de l'ictère émotif. Ce qui prouve surtout que le spasme est en cause dans l'ictère de cause morale, c'est la rapidité de son développement, rapidité qui, cependant, chez l'enfant, n'est pas aussi soudaine qu'elle l'est parfois chez l'adulte où l'on peut voir les tégu-ments présenter la teinte ictérique dans les minutes qui suivent immédiatement l'émotion. Enfin, les divers spasmes ont avec l'ictère une origine commune et sont observés aussi chez les nerveux. On objecte quelquefois l'invraisemblance d'un spasme se prolongeant 8, 15... jours, mais n'avons-nous pas l'exemple d'autres spasmes d'existence prolongée? Briquet nous apprend que si « la constriction œsophagienne peut ne durer que quelques instants et cesser en même temps que l'attaque, il est des cas où elle subsiste plusieurs jours ». M. le Dr Albert, de Montpellier, rapporte le cas d'une femme qui, pendant 7 ou 8 mois, fut atteinte de constriction du pharynx et de l'œsophage. (Cité par Bermann). M. le Dr Renvers a observé une femme qui fut

atteinte de temps à autre, durant 27 ans, de coliques hépatiques suivies d'ictère, dues seulement à une influence nerveuse.

Les relations du système nerveux et du foie sont indubitables : Raphely nous montre dans sa thèse inspirée par le professeur Parret que l'on observe des modifications du caractère des aliénés sous l'influence d'un ictère passager. Henri Day signale les lésions hépatiques au cours de l'épilepsie. Pilliet et Létienne montrent que les lésions hépatiques des femmes enceintes éclamptiques sont considérables. Mya rapporte deux observations où l'éclampsie infantile mortelle est due à des altérations du foie. Pour MM. Teissier et Parret, certaines névroses et même certaines affections médullaires reconnaissent une origine hépatique.

Le spasme lui-même ne semble pas seul en cause et plusieurs influences semblent motiver l'apparition de l'ictère émotif. Nous admettons volontiers que, par suite de la violente perturbation psychique éprouvée par le sujet, la cellule hépatique est impressionnée directement et que son altération se traduit par un trouble de ses fonctions : perte du pouvoir de retenir dans son protoplasma la bile qu'elle a formée et production exagérée consécutive des pigments biliaires, d'où rapide diffusion de cette bile dans le courant sanguin. La théorie de l'ictère par stupeur cellulaire et polycholie que nous acceptons présente de nombreux arguments par analogie : Sydenham a vu chez les nerveux des sueurs abondantes, généralisées ou

partielles; les larmes, la diarrhée, la polyurie sont fréquentes chez ces sujets. Briquet vit même, chez une nerveuse, la galactorrhée alterner pendant 7 ans avec des crises convulsives. D'autre part, il semble que l'on puisse attribuer aussi à une stupeur cellulaire diverses manifestations nerveuses souvent provoquées par une émotion : troubles du rein, oligurie, de l'intelligence, amnésie, aboulie... En ce cas, les troubles digestifs qui succèdent si souvent à un chagrin, à un choc moral quelconque sont peut-être dus à une insuffisance passagère, sinon à un arrêt total des fonctions des annexes du tube digestif, seulement le choc émotif n'atteindrait pas assez la cellule hépatique pour permettre la polycholie et la diffusion de la bile, ainsi s'expliquerait la rareté relative de l'ictère émotif malgré la fréquence des émotions et des sujets nerveux.

Comme le montre la clinique déjà, les troubles de la cellule hépatique à la suite d'un choc moral se produisent par l'intermédiaire du système nerveux : en particulier du splanchnique, du pneumogastrique et du nerf de Cyon, les recherches de Cl. Bernard, celles plus récentes d'Arthaud et Butté, de Rodriguez l'ont démontré. Nous savons de plus, par ces derniers auteurs que l'action du système nerveux retentit sur le foie par l'intermédiaire du système vasculaire et principalement par suite des variations de la tension sanguine. Nous pensons donc avec Potain que l'abaissement de pression dans le domaine de la veine porte

est un facteur des plus importants dans l'apparition de l'ictère émotif.

On voit que nous admettons pour expliquer l'apparition de l'ictère de cause morale le rôle considérable joué par le système nerveux et provoquant à la fois le spasme des voies biliaires, la stupeur cellulaire qui se traduit par la diffusion de la bile avec hyperfonction passagère de la glande hépatique, enfin la paralysie réflexe des vaisseaux abdominaux; mais nous pensons avoir jusqu'ici démontré seulement le mécanisme par lequel se produit l'ictère, non avoir indiqué sa véritable cause.

Nous sommes convaincue avec M. le D^r Merklen que la vraie cause de l'ictère émotif réside dans une prédisposition morbide spéciale de la glande hépatique. Aussi doit-on, à notre avis, faire dans cette affection une large part étiologique à l'état général de l'enfant observé, à ses antécédents, à ses prédispositions morbides générales et momentanées. On constatera, il est vrai, que les enfants seront d'autant plus facilement frappés d'ictère à la suite d'un choc moral qu'ils seront faibles, énervés, tels ceux désignés autrefois sous l'épithète générale de lymphatiques, et cela en raison même du retentissement violent qu'ont en eux les impressions intérieures, mais en recherchant soigneusement les influences prédisposantes particulières qui ont motivé la localisation morbide au foie on les découvrira souvent : paludisme, spécificité, alcoolisme, affections biliaires chez les ascendants, maladie infectieuse antérieure de l'enfant ou de l'un

des générateurs avant ou au moment même de la conception... Avant tout, nous pensons qu'on relèvera souvent l'influence prépondérante et considérable d'un état gastrique ou hépatique morbide chez le jeune malade. Il est, en effet, des personnes plus sujettes à souffrir d'un organe que d'un autre, le foie et l'estomac sont parmi les viscères pour lesquels cette prédisposition est le plus marquée.

Nous savons que dans les cas où l'ictère émotif est apparu secondairement à des troubles gastro-intestinaux, on est en présence d'un ictère de nature infectieuse. Ainsi que nous le fait remarquer M. le Dr Nobécourt : « La phase de préparation, la fièvre et les autres symptômes ne laissent aucun doute à ce sujet ». Par quel mécanisme s'est produit l'infection dans ces cas?

L'intestin renferme des toxines et des microbes en quantité innombrable. A l'état normal, il possède, au dire de Stich, Bouchard, Ribbert, un pouvoir antitoxique et antimicrobien remarquables, mais ces pouvoirs sont plus spécialement encore attribués au foie comme nous l'apprennent Baumann, Bunge, Kotliar, de Verhoogen. Or, à la suite d'un choc nerveux, les sécrétions intestinale et biliaire sont altérées; la bile, cet antitoxique puissant, ne passe plus dans l'intestin, les toxines qu'il renferme ne sont donc pas neutralisées. De plus, les microbes qui sont les hôtes habituels de ce conduit acquièrent une virulence supérieure à celle qu'ils présentent habituellement par suite des altérations de l'épithélium et de la sécrétion de l'in-

testin. Dès lors, à la suite de l'émotion, un triple assaut est effectué contre le foie : le choc émotif retentit sur la cellule hépatique par l'intermédiaire du système nerveux et tente de l'altérer, les toxines intestinales charriées jusqu'au foie par la veine porte renforcent cette action, enfin les microbes intestinaux atteignent la glande hépatique grâce à leur migration par les chylifères comme l'ont montré Desoubry et Porcher, ou grâce à leur passage dans le sang, comme l'ont vu MM. Hudelo et Wurtz, ou bien encore grâce à leur ascension dans le cholédoque et les voies biliaires, comme le voulait Potain.

Dans les cas où l'ictère émotif ne s'est accompagné d'aucun trouble digestif, le choc moral retentit directement sur le foie par l'intermédiaire du système nerveux.

Mais les remarquables travaux de Netter et Dupré nous ont appris l'admirable résistance de la cellule hépatique aux infections, aux intoxications et à toutes les impressions morbides qui peuvent l'atteindre, il est donc évident que le foie de l'enfant qui a réagi par un ictère à une cause aussi minime que l'émotion présente une infériorité vitale réelle. Il sera parfois très difficile de reconnaître la nature de sa prédisposition morbide, dans certains cas elle restera inconnue, momentanément tout au moins.

Au reste, il est facile de prouver que, même chez l'enfant qui n'a présenté aucun trouble morbide hépatique encore, le foie peut être altéré déjà : M. Charrin nous dit que les lapins succombent auxquels on injecte

l'urine de certains enfants, en quantité inférieure cependant à celle nécessaire pour provoquer la mort dans les conditions ordinaires. Les animaux morts, on constate à l'autopsie des lésions hépatiques et quelquefois rénales; or, on remarque des altérations viscérales identiques chez les nourrissons d'où provient cette urine. Ces enfants ayant été alimentés au sein par des femmes bien portantes, ce n'est pas leur nourriture qui a introduit des toxines dans leur organisme et pourtant leurs éléments cellulaires baignent au sein de poisons qui s'éliminent en partie au niveau du rein. Ces substances toxiques sont donc propres aux enfants en observation et ce sont elles qui provoquent les altérations organiques constatées à l'autopsie. Ainsi que le dit M. Charrin : « On est contraint de reconnaître que de telles modifications sont l'œuvre de l'hérédité. Les humeurs sont ce que les cellules les font. Si ces humeurs sont anormales, c'est que la vie des cellules chez ces rejetons est elle-même anormale. Or, que sont ces cellules, sinon les divisions de l'ovule unie au spermatozoïde, sinon les atomes, les prolongements développés de ce principe fécondé à la fois mâle et femelle. »

Hanot avait déjà remarqué cette fragilité spéciale de la cellule hépatique chez quelques sujets et il se demandait si « chez certains individus, la cellule hépatique a la solidité, la résistance habituelle et si une débilité congénitale de l'élément ne fait pas l'appoint des causes occasionnelles intercurrentes. »

La clinique nous offre de nombreux exemples de

cette aptitude morbide du foie chez certains sujets : Pfulh à Altona, Haas à Prague, Hennig, Hueber (cités par Baron), Lireux ont vu apparaître des ictères typhiques après ingestion d'eau de rivière, Garnieri et Longet ont fait connaître l'augiocholécystite à bacille d'Eberth sans typhoïde; Hennig a même observé au sein d'une famille la coexistence de la fièvre typhoïde et de l'ictère infectieux sans accidents intestinaux. (Cité par Gilbert et Thoinot.) Continuant cette série de faits et éclairant leur cause nous avons parmi nos observations deux cas d'ictère émotif survenu chez des enfants présentant des antécédents hépatiques.

Nous avons dit plus haut que souvent on relèverait chez les enfants frappés d'ictère émotif l'existence d'un état gastro-intestinal morbide antérieur. Nous connaissons aujourd'hui les étroites relations pathologiques qui unissent foie et intestin, nous savons qu'il n'existe guère de lésions intestinales sans lésions hépatiques et réciproquement. On a étudié cette particularité dans le diabète, on la connaissait depuis longtemps dans le cancer et la tuberculose, on l'a observée dans les cirrhoses. M. le Dr Cassaët, professeur agrégé de la faculté de médecine de Bordeaux a montré qu'un simple embarras gastrique trouble la nutrition de la cellule hépatique et provoque l'apparition de la glycosurie alimentaire et de l'albuminurie. (Cité par Hanot.) Ce que nous savons de physiologie entéro-hépatique, si bien étudiée par Lussana, Schiff, Baldi, Weiss, Binet et Prévost, nous permet même de penser que dans certains cas les troubles digestifs

observés chez les enfants atteints d'ictère émotif ont pour origine une altération hépatique; nous savons, en effet, que les lésions hépatiques influent sur la structure et l'activité fonctionnelle de l'intestin.

Les auteurs ont, depuis longtemps, indiqué les relations pathologiques des deux organes. Si nous consultons Chomel, Adelon, Fauconneau-Dufresne, pour obtenir la définition du tempérament bilieux, nous relevons comme principales caractéristiques : sujets à peau jaunâtre, prédisposés aux troubles digestifs, aux exanthèmes et aux affections du foie. Frantz Glénard appelle hépatisme une disposition anormale du foie « à réaliser, sous l'influence de causes occasionnelles parfois légères, des maladies proprement dites. Ces maladies, dont le principe, la pathogénie, sont hépatiques se trahissent soit par des syndromes dyspeptiques, névropathiques, cutanés... soit par un syndrome hépatique franc ». La notion de l'hépatisme a conduit Glénard à prescrire dans les dyspepsies gastriques ou intestinales les laxatifs salins quotidiens dont on vante les succès, notamment dans la colite muco-membraneuse et les dyspepsies. Nous savons, d'autre part, qu'il apparaît des signes intestinaux au début de la cirrhose et des néoplasmes hépatiques.

Parmi nos observations, nous relevons le cas de deux enfants qui ont souffert pendant un temps prolongé de troubles digestifs, antérieurs à l'émotion. Les considérations précédentes nous permettent d'attribuer à la présence de ces troubles gastro-intestinaux

antérieurs une importance considérable dans l'apparition de l'ictère de cause morale chez ces enfants.

Nous pensons donc, et tous les faits précédents appuient notre opinion semble-il que, dans tous les cas où le foie répond à un ébranlement psychique par l'apparition d'un ictère, la cellule hépatique est en état d'infériorité vitale congénitale ou acquise, et que le trouble observé met en évidence, non pas « la maladie qui sommeille, n'attendant qu'une occasion propice pour éclore », suivant l'expression du professeur Raymond, car le trouble est ici trop léger, mais une prédisposition morbide indéniable du viscère frappé. Nous sommes convaincue, avec M. le Dr Merklen, que cette prédisposition existe toujours chez ces enfants. Cependant, il sera parfois impossible de mettre sa nature en relief ni par l'examen clinique individuel le mieux conduit, ni par les anamnestiques, ni par les investigations familiales les plus précises; puis, à un moment donné, pourra surgir, tardivement peut-être, un fait significatif qui viendra la mettre en relief à notre esprit.

L'étude ultérieure de la fillette qui fait l'objet de l'observation VII est un exemple de ce que nous avançons. Trois mois après la guérison de son ictère émotif, l'enfant fut atteinte d'une crise d'appendicite très nette, avec vomissements, fièvre, douleurs dans la fosse iliaque droite accompagnée d'empâtement et de sensibilité extrême de la paroi. La crise persista pendant quelques jours seulement, mais, pendant toute sa durée, elle fut accompagnée d'un ictère léger. Or,

la coexistence d'un ictère avec une appendicite d'une telle bénignité est un fait bien anormal et témoigne évidemment de l'infériorité de la glande hépatique accusée une fois déjà par l'enfant à l'occasion d'un choc moral.

M. le D^r Merklen a recueilli l'auto-observation rétrospective d'un ictère émotif qui démontre avec autant d'évidence que la précédente, l'existence d'une prédisposition morbide de la glande hépatique chaque fois que l'organe manifeste une souffrance, même légère, à la suite d'un choc moral. Un médecin, âgé aujourd'hui de 33 ans, fut, vers l'âge de 12 ans, alors qu'il était au lycée, privé d'une promenade à laquelle il tenait beaucoup. Il ne présentait aucun antécédent pathologique, pas d'antécédent hépatique en particulier. Or, quelques heures après la vive contrariété qu'il avait éprouvée à la suite de cette punition, ses conjonctives devinrent jaunes et bientôt l'ictère s'étendit à tout le tégument. Les matières furent décolorées, il y eut du prurit. Tous les symptômes disparurent en 5 à 6 jours et jamais, depuis, la glande hépatique ne présenta de trouble évident. C'était bien là un ictère émotif du type purement nerveux comme un certain nombre de ceux dont nous avons donné l'observation. L'émotion à elle seule avait mis en valeur la prédisposition morbide, latente jusque-là, de la glande hépatique et rien, dans les antécédents personnels du sujet, rien chez ses ascendants ne donnait la clé de cette prédisposition. Mais 15 ans plus tard, la mère du D^r X... dut être opérée à la suite d'un étranglement herniaire; or,

elle mourut, peu de jours après l'intervention, des suites d'un ictère chloroformique. La prédisposition hépatique morbide du fils était dès lors éclairée. La conclusion s'impose donc sans discussion possible et nous disons, avec M. Merklen, « le rapprochement des deux épisodes apporte la preuve de la transmission héréditaire d'une fragilité de la cellule hépatique. »

Ces dernières observations nous démontrent que, si l'examen minutieux d'un enfant atteint d'ictère émotif ne nous a pas révélé l'existence d'une prédisposition morbide immédiatement reconnaissable, nous devons dire que cette prédisposition existe néanmoins et nous devons attendre de l'avenir un supplément d'informations pathologiques que nous puiserons soit chez le même sujet, soit chez ses ascendants, ou même ses collatéraux et qui nous éclaireront sur la nature réelle de la prédisposition observée à propos de l'ictère émotif. Nous devons nous souvenir que l'enfant est ce que l'a fait la cellule d'où il provient. Plus il sera prédisposé, moins la cause génératrice aura besoin d'être intense pour provoquer chez lui l'apparition du trouble morbide hépatique.

La prédisposition morbide de la cellule hépatique peut donc être ou acquise ou héréditaire. MM. Gilbert Castaigne et Lereboullet avaient mis en valeur déjà au cours de ces dernières années cette notion étiologiques. Ces auteurs ont étudié en 1900 un certain nombre d'observations portant sur des sujets présentant de l'ictère depuis plus ou moins longtemps et ils ont retrouvé la présence de ce syndrome chez les

ascendants ou les collatéraux de leurs malades. « De cet ensemble de faits, disent-ils, se dégage la notion d'une prédisposition héréditaire aux affections des voies biliaires. » C'est donc à cette prédisposition qu'une affection hépatique doit de pouvoir se développer chez certains sujets. Dans les cas étudiés par nous, cette prédisposition morbide est peu accusée. Dans certaines familles biliaires, la vie de la cellule hépatique peut être modifiée de telle sorte qu'elle produit un ictère spécial, identique chez tous les individus malgré la diversité des affections hépatiques dont ils sont frappés : ictère acholurique, c'est-à-dire qui ne s'accompagne pas du passage des pigments biliaires dans l'urine, bien qu'on constate leur présence dans le sérum sanguin.

ÉTIOLOGIE

L'ictère émotif infantile présente deux particularités dans son étiologie : il frappe plus souvent la fillette que le jeune garçon, il survient à la suite d'une émotion pénible.

Tandis que l'ictère catarrhal est beaucoup plus fréquent chez le jeune garçon qu'il frappe dans la proportion de deux garçons pour une fille; l'ictère émotif est plus fréquent chez la fillette. En effet, d'après nos observations, il atteint cette dernière dans 6 cas sur 11 observés. Comme le faisait remarquer M. le Dr Merklen à la séance de la Société de Pédiatrie, du 11 février 1911 : « cela cadre bien avec cette susceptibilité du système nerveux qui contribue dans une si large mesure à imprimer leur caractère personnel aux manifestations psychiques du sexe féminin.

Cette constatation importante devra avoir pour conséquence une surveillance attentive des femmes enceintes qui, dans leur enfance, auront présenté de l'ictère émotif. On sait que trois causes tendent à produire l'altération du foie chez la femme enceinte :

l'intoxication, l'infection et le fléchissement de la fonction martiale de l'organe (Castaigne).

La surveillance devra être attentive surtout chez les primipares qui sont principalement frappées; elle devra s'exercer avant le sixième mois, date vers laquelle apparaît le plus fréquemment l'ictère au cours de la gestation. Pour prévenir l'apparition des troubles hépatiques on devra faire de bonne heure de l'antisepsie intestinale, on surveillera le rein, il sera utile d'administrer une préparation de fer facilement assimilable.

Se souvenir que dans l'ictère au cours de la grossesse la mortalité est considérable, elle s'élève à 60 pour 100 chez les mères, 64 p. 100 chez les enfants. Se souvenir également que le pronostic dépend en général de l'état du rein.

Au cours des observations que nous avons présentées, nous avons pu remarquer que seules les secousses morales qui laissent après elles une profonde dépression sont capables de provoquer l'ictère émotif chez l'enfant. Le syndrome ictère est apparu dans tous les cas à la suite d'une émotion pénible.

Le plus souvent la peur fut en cause: émotion dépressive au plus haut chef et parmi toutes celles qui provoque le plus souvent l'apparition de phénomènes ou d'états morbides particuliers, ordinairement longs à guérir et quelquefois tout-à-fait incurables: épilepsie, troubles mentaux... La mort subite a pu survenir même par paralysie du cœur à la suite d'une frayeur

vive. La peur est incriminée dans 7 de nos observations.

Quelquefois, mais plus rarement, c'est la colère qui a provoqué l'apparition de l'ictère, elle est mentionnée à l'origine de trois cas d'ictère émotif infantile.

Une fois l'ictère de cause morale fut provoqué par une vive contrariété.

SYMPTOMATOLOGIE

Les troubles observés chez l'enfant consécutivement au choc émotif qui a provoqué l'apparition de l'ictère sont légers, ils n'apportent aucune perturbation importante dans son jeune organisme. Nous constatons même que dans les observations III, IV et VIII l'ictère ne s'est accompagné d'aucun autre phénomène pathologique, soit gastrique, soit nerveux. La langue des enfants observés ne fut même pas saburrale.

Nous savons qu'il existe deux formes d'ictère émotif infantile: ictère émotif immédiat, sans phénomènes intestinaux; ictère émotif retardé, précédé de troubles digestifs.

L'ictère émotif immédiat peut s'accompagner de quelques phénomènes nerveux: céphalée, malaise, prurit, mais très souvent il est seulement caractérisé par la coloration jaune des conjonctives et des téguments. Il s'accompagne en général d'apparition des pigments biliaires dans les urines et de décoloration des matières fécales.

L'ictère émotif retardé présente une phase préictérique caractérisée par l'apparition de quelques symptômes nerveux et d'un catarrhe gastro-intestinal léger. Les symptômes que l'on peut relever au cours de l'ictère émotif retardé sont :

Une poussée fébrile légère n'atteignant jamais 38°5, elle est absente même le plus souvent.

De la céphalée, du malaise, de l'asthénie.

Un état saburral de la langue.

De l'anorexie, qui disparaît rapidement.

Des nausées et parfois des vomissements.

De la diarrhée, mais très rarement.

Du prurit léger.

Un peu d'hypertrophie hépatique quelquefois, elle peut dans des cas très rares s'accompagner d'hypertrophie splénique.

Les hémorragies sont exceptionnelles.

L'amaigrissement n'est presque jamais observé.

Décoloration des matières fécales.

Présence des pigments biliaires dans les urines.

On voit par cette énumération des symptômes observés que même lorsque l'ictère est retardé, c'est-à-dire lorsqu'il se présente sous sa forme la plus grave, il n'offre aucun phénomène inquiétant. Jamais ne sont apparus dans les onze cas que nous avons étudiés les troubles qui témoignent d'une lésion grave de la cellule hépatique, jamais nous n'avons eu la symptomatologie complète de l'ictère catarrhal infantile qui, lui-même, est réputé bénin. En effet :

La fièvre est rare, peu élevée lorsqu'elle existe.

Pas d'épistaxis, phénomène déjà noté par Galien, lequel avait observé que l'écoulement sanguin s'effectuait ordinairement par la narine droite. Pas d'hémorragies, sauf quelques hémorragies gingivales notées dans le cas le plus grave qu'il nous ait été donné d'étudier.

Pas de bradycardie, phénomène observé pour la première fois dans l'ictère de Bouillaud, il est vrai que Hénoc'h, William Rankin, Baron disent ne jamais l'avoir observé dans l'ictère infantile.

Pas de souffles cardiaques, ni de souffles extra-cardiaques étudiés par Potain, Gangolphe, Fabre de Marseille.

Le pouls semble être resté normal dans tous les cas, pas de dicrotisme exagéré que Eichorst a noté dans l'ictère de l'adulte.

Pas de xanthopsie, aucun des phénomènes d'ophtalmie hépatique étudiés par Parinaud, Baas, Weiss.

Le foie est rarement tuméfié, l'hypertrophie splénique est plus rare encore. Se souvenir en recherchant le foie de l'enfant que cet organe descend un peu plus bas chez lui que chez l'adulte (Baron). En aucun cas, la glande hépatique n'a été trouvée douloureuse.

Les troubles nerveux sont légers.

Pas de lésions cutanées, jamais de xanthelasma observé par M. le professeur Roger chez l'adulte.

Pas d'arthralgies. Pas de troubles vaso-moteurs apparents autres que le prurit; l'œdème, noté pour la première fois dans l'ictère par Guéneau de Mussy, a

toujours fait défaut, pas de raie méningitique de Trousseau.

L'amaigrissement est exceptionnel, avons-nous dit déjà. Nous sommes donc bien loin de reconnaître chez les enfants atteints d'ictère émotif l'aspect des ictériques décrit par M. Chauffard lequel dit que les convalescents d'ictère, même dans les cas bénins, paraissent « presque relever d'une longue maladie ».

Deux symptômes semblent se retrouver dans tous les cas : la décoloration plus ou moins complète des matières fécales, la présence des pigments biliaires dans les urines. On mettra facilement ces derniers en évidence au moyen des réactions de Hay ou de Gmelin. Jamais on n'a noté la présence d'urobiline, de sucre ou d'albumine si fréquemment observés chez l'adulte ictérique.

DIAGNOSTIC

La notion étiologique émotion morale chez un enfant comme point de départ d'un ictère ne devra pas suffire à faire éliminer l'idée d'une maladie profonde du foie. On a vu des cas de lithiase biliaire dont les premiers symptômes se sont manifestés chez des enfants à la suite d'un choc moral comme cela fut observé chez la mère de l'enfant de l'observation V.

Dans la lithiase on aura de l'ictère avec décoloration des matières fécales, mais de plus l'enfant souffrira de coliques hépatiques, il aura des vomissements bilieux, des frissons, la palpation fera percevoir la vésicule biliaire distendue. Les symptômes généraux de la phase pré-ictérique seront toujours absents.

A la période pré-ictérique, le diagnostic pourra être hésitant dans certains cas entre les symptômes prémonitoires d'ictère émotif retardé et la grippe. Le début des accidents offre parfois dans les deux affections de telles ressemblances que quelques auteurs se sont

demandé si l'ictère n'est pas une des nombreuses formes de l'influenza. (Semple Young.)

Il existe quelque cas de fièvre typhoïde ayant débuté par un ictère (cité par Baron) de sorte, qu'en temps d'épidémie surtout, on devra être circonspect avant de poser un diagnostic ferme d'ictère émotif.

Certaines affections s'accompagnent à leur début d'un retentissement marqué sur le foie et peuvent induire en erreur encore, ce sont surtout la rougeole, les vomissements à répétition, l'appendicite (Richardière).

Enfin, dans certains cas, la scarlatine dès son début a pu retentir sur la glande hépatique avec une intensité toute particulière amenant ainsi l'apparition de crise de vomissements qui ont pu s'accompagner d'ictère, il ne faut pas l'oublier. (Richardière.)

PRONOSTIC

Le pronostic sera des plus bénins, mais dans tous les cas restera subordonné à l'état de la muqueuse gastrique, nous savons en effet que l'ictère accompagné de troubles digestifs revêt une gravité relative. D'autre part, le pronostic dépendra encore de l'intégrité du système rénal : le plus grand danger dans l'ictère, dit le professeur Bouchard », c'est l'imperméabilité rénale ».

Même chez l'enfant dont les symptômes nous ont offert le maximum de gravité et pouvaient nous inspirer des inquiétudes au sujet du bon fonctionnement ultérieur de la cellule hépatique du jeune malade, nous avons constaté que le retour à la santé fut parfait. Toutefois, en présence d'un ictère, nous estimons prudent de ne pas oublier l'axiome de Trousseau : « Il en est de l'ictère comme de la pleurésie, on ne sait jamais comment ils se terminent ». On peut, en effet, rencontrer chez l'enfant comme chez l'adulte, l'ictère mortel à symptômes cérébraux dû à l'atrophie aiguë du

foie ; l'ictère catarrhal d'allure absolument bénigne a pu dégénérer, chez l'enfant, en ictère grave rapidement mortel comme en témoignent les observations de MM. Auché et Coyne, Donkins...

La durée moyenne de l'ictère émotif infantile est, d'après nos observations, d'un peu plus d'une semaine, si nous éliminons le cas où l'ictère s'est prolongé 65 jours. Cette durée peut être beaucoup plus courte dans l'ictère émotif immédiat.

A notre avis, on devra surveiller attentivement l'enfant atteint d'ictère émotif lorsque la coloration des téguments persistera après le 10^e jour, surtout si le foie est volumineux et si les urines sont rares. Dans ce cas, on devra faire une analyse plus complète des urines ; on y recherchera l'albumine, le sucre, l'urobiline soit par le procédé de M. Hayem, soit par la recherche de la fluorescence à l'aide du chlorure de zinc.

M. Chauffard a montré que la crise polyurique et azoturique marque le début de la convalescence dans l'ictère.

Malgré le pronostic absolument bénin de l'affection, nous estimons qu'une atteinte d'ictère émotif chez un enfant constitue une indication qui devra faire surveiller son foie dans l'avenir.

TRAITEMENT

Dès l'apparition des premiers symptômes, on administrera une purgation au jeune malade, on évitera ainsi la production et l'accumulation de toxines dans l'organisme. On donnera la préférence au calomel qui tend à rétablir la sécrétion biliaire en même temps qu'il fait de l'antisepsie intestinale.

Les jours suivants, l'enfant sera soumis au régime lacté coupé d'eau de Vichy.

En même temps, on aura recours à la méthode de Krull, préconisée par cet auteur depuis 1877, et introduite en France par M. Chauffard : chaque matin, l'enfant recevra un lavement de 1 litre ou 1 litre et demi d'eau bouillie refroidie à 15 ou 18°. Ces lavements ont pour effet d'activer la diurèse et de réveiller par voie réflexe les contractions de la vésicule et des voies biliaires extra-hépatiques.

On pourra suspendre le traitement quand les pigments biliaires auront disparu de l'urine.

CONCLUSIONS

a) L'ictère émotif peut être observé chez l'enfant, mais il est rare, par suite de l'instabilité des réactions psychiques au cours de l'enfance.

b) Il n'apparaît que chez des enfants prédisposés de par la fragilité de leur cellule hépatique. Cette prédisposition morbide peut être héréditaire ou acquise.

c) L'affection est essentiellement bénigne et le retour à la santé s'effectue en une semaine environ, quelquefois même plus rapidement.

d) Ce sont surtout les émotions pénibles qui la provoquent : frayeur et colère, contrariété quelquefois.

e) Elle est plus fréquente chez la fillette, par suite de la susceptibilité plus grande de son système nerveux.

Vu : Le Président de Thèse.

HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

HUTINEL. — Traité des Maladies des Enfants (article ictère, Hutinel et Merklen.

GILBERT ET THOINOT. — Traité de médecine (Maladies du foie).

P. MERKLEN. — L'ictère émotif chez l'enfant. Observation d'un cas suivi d'une petite épidémie familiale d'ictère infectieux. *Soc. de pédiat.*, février 1911; — De la prédisposition morbide envisagée à propos de l'ictère émotif infantile. *Gaz. des Hôp.*, 6 juillet 1911.

NOBÉCOURT. — Un cas d'ictère émotif prolongé chez un garçon de onze ans. *Soc. de pédiat.*, mars 1911.

R. VOISIN. — *Société de pédiatrie*, p. 106.

MOURIQUAND. — Ictère émotif. Rôle de l'état antérieur du tube digestif. *Soc. de pédiat.*, avril 1911.

RICHARDIÈRE. — L'ictère et le rôle du foie dans les vomissements à répétition de l'enfance. *Soc. de pédiat.*, janvier 1905.

BÉCLARD. — Sur la théorie spasmodique de l'ictère émotif. *Traité de physiologie*, I, p. 659.

LABORDE. — Sur la contractilité; le spasme et la sensibilité des canaux biliaires. *Tribune médicale*, 1878.

DOUILLET. — Essai sur le mécanisme de la résorption biliaire dans l'ictère. *Thèse Lyon*, 1885.

- MENDIBOURE. — Ictère spasmodique. *Thèse*, 1883.
- LUBERMEISTER. — Zur Parthogenese des Icterus. *Deutsche med. Woch.*, 1893.
- VARIOT. — Ictère émotif chez un enfant. *Journ. de Cliniq. et thérapeutique*, février 1894.
- AUDIGÉ. — Recherches expérimentales sur le spasme des voies biliaires. *Thèse*, 1874.
- BRIQUET. — Traité de l'hystérie.
- AXENFELD ET HUCHARD. — Traité des névroses.
- RENVERS. — Zur Pathologie des Icterus. *Deutsche med. Woch.*, 1896.
- STADELMANN. — Der Icterus und seine Werschiedenen Formen.
- RODRIGUEZ. — Physiologie du foie.
- SCHULE. — Handbuch der Geistes Krankheiten, 2^e édit., 1878, p. 16-17.
- MAUDSLEY. — Pathol. of Mind, 1879.
- DESCARTES. — Traité des Passions.
- LAAGE. — Ueber Gemuthbewegungen Eine Psychophysiologicalhe Studie. Trad. Kurella. Leipzig, 1887.
- JAMES. — *Principles of Psychology*, 1890, tome II, chap. XXV.
- BAIN. — *Mind and Body*, 1873, p. 131.
- CH. BELL. — *The hand*, p. 234.
- LAROMIGUIÈRE. — Discours sur le langage du raisonnement.
- L. FERRI. — Osservazione sopra una bambina. *Filosofia della scuole italiane*, octobre 1881.
- KRAFT EBING. — Traité clinique des maladies mentales. Traduction italienne de Amadéi et Tomini, vol. I, p. 64.
- EMMINGHAUS. — *Allgemeine Psychopathologie*, p. 76. Leipzig, 1878.
- MEYNERT. — Lezioni cliniche de psichiatria. Trad. italienne Pieraccini, p. 64 et suiv.
- LUDWIG. — Fleisch. Ludwig's Arbeiten, 1874.
- Mlle KHARITONOFF. — Contribution à l'étude des rapports de l'ictère et de la grossesse. *Thèse Montpellier*, 1908-1909.
- HÉNOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants.
- BOCHEFONTAINE. — L'influence exercée par la faradisation

de l'écorce grise sur quelques fonctions de la vie organique.

CHARRIN. — Les défenses de l'organisme.

CASTAIGNE. — Le foie et le fer. *Presse méd.*, 28 nov. 1906.

MARSHALL-HALL. — *Practical observations in medicine*. 1845, p. 22.

RAYMOND. — L'hérédité en pathologie nerveuse. *Bulletin médical*, 1895, n^{os} 27-28.

Mlle ZAIMOWSKY. — Considérations sur l'état des réflexes chez les enfants. *Thèse Paris*, 1908-1909.

RAPHELY. — Phénomènes psychiques de nature mélancolique liés aux troubles fonctionnels du foie. *Thèse Lyon*, 1889.

HENRY DAY. — In Murchison. *Trad. Cyr.*, 2^e édit., 1878, p. 593.

PILLIET ET LETIENNE. — Lésions du foie dans les éclampsies avec ictère. *Nouv. arch. de gynéc. et d'obstr.*, 1878, p. 313.

MYA. — *Lo sperimentale*, 1893, p. 141.

TEISSIER ET PARRET. — Congrès pour l'avancement des sciences de Paris, 1889.

LAFFITE. — De l'ictère émotif. *Thèse Paris*, 1894-1895.

DARAIGNEZ. — Essai sur la pathogénie de l'ictère émotif. *Thèse Paris*, 1890-1891.

MENDIBOURE. — Ictère spasmodique. *Thèse* 1883.

BARON. — De l'ictère catarrhal chez les enfants. *Thèse Paris*, 1895-96.

LIREUX. — L'ictère épidémique. *Thèse Paris*, 1894.

WILLIAM RANKIN. — *British med. Journ.*, London, 1894.

ODDO. — De la constitution psychique émotive. *Revue neurologique*, 9 décembre, 1890.

ROSENBACH. — Die Emotions Dyspepsie. *Ber. Kl. Woch.*, 1897.

DANKINS. — Malignant jaundice in a child two years of age. *Lancet*, Londres, 1895.

AUCHÉ ET COYNE. — Ictère grave chez une petite fille de dix ans. 2^e Congrès français de méd. interne de Bordeaux, août 1895.

- DEBOVE. — Forme tardive de l'ictère émotif. *Gaz. hebd. de médecine*, 1901, p. 385.
- PREYER. — *L'âme de l'enfant*, p. 225.
- GLÉNARD. — Hépatisme et diathèse biliaire. *Bull. et mém. Société méd. des hôpitaux*, 9 novembre 1900.
- BOUCHARD. — Leçons sur les intoxications dans les maladies, 1887.
- GUERBÉ. — L'ictère émotif manifestation hystérique. *Thèse Paris*, 1898.
- BERMANN. — L'ictère émotif. Sa pathogénie. *Thèse Paris*, 1900.
- CHOMEL. — *Eléments de pathologie générale*, 1817.
- ADELON. — Article : Tempérament. *Dict. en 30 vol.*, 1844.
- FAUCONNEAU-DUFRESNE. — *Précis des maladies du foie et du pancréas*, 1856.
- TROUSSEAU. — *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, III, p. 268.
- COULON. — *La médecine infantile*, 1894.
- SEMPLE YOUNG. — *British med. Journ. London*, 3 mars 1894.
- FRANSÉS. — Contributions à l'étude de l'ictère émotif. *Thèse Paris*, 1894-1895.
- RAYMOND. — De la constitution psychique émotive. *Revue de neurologie*, décembre 1890, p. 1654.
- SERGI. — *Les émotions*. Introduction.
- BROWN-SEQUARD. — *Course of Lectures on the physiology of the central nervous system*. 1830, p. 236.
- HACKE-TUKE. — *The influence of the Mind upon the Body*. London, 1872.
- TODD. — *Anatomy of the Brain, spinal cord and ganglions*. 1845.
- HANOT. — Considérations générales sur l'ictère grave. — *Sem. Méd.*, 5 août 1893.
- HIPPOCRATE. — Aphorismes.
- GUÉRIN. — Les différentes manifestations de la pensée. — *Thèse Paris*, 1898-1899.
- CHAUFFARD. — *Traité de Médecine*. Tome III, p. 743. — *Archives générales de médecine*, 1890.
- TALAMON. — Un cas d'ictère émotif. *Méd. mod.*, 1893, p. 842.
- BINET. — *Les mouvements des jeunes enfants*.

RIBOT. — *Psychologie des sentiments.*

PEREZ. — *Les trois premières années de l'enfant.*

GILBERT, CASTAIGNE ET LEREBoullet. — De l'ictère familial.
Contribution à l'étude de la diathèse biliaire. *Bulletin
et Mémoires de la Société des Hôpitaux*, 1900.

